

N.º 4

Augusto Carreira d'Azevedo

N.º 632

UM CASO

DE

Salpyngo-ovarite dupla  
SUPPURADA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL

66, Rua da Fabrica, 66

1889

4814 ENC

o dia 27 de julho de 1889.  
às 2 horas da tarde  
residente: O Ex. mo p. d. e  
Gostinho. Ant. do Souto  
Ex. mo Sec.º

- 1º Eduardo Per. Pimenta
- 2º Ant.º Jo.º. Moraes Caldas
- 4º Ant.º d'Aguiar Maia
- 3º M.º Rodrigues da S.º Pto



# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

## CORPO DOCENTE

### Professores proprietarios

1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva e geral . . . . .	João Pereira Dias Lebre.
2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia . . . . .	Vicente Urbino de Freitas.
3. <sup>a</sup> Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .	Dr. José Carlos Lopes.
4. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina operatoria . . . . .	Pedro Augusto Dias.
6. <sup>a</sup> Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos . . . . .	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica medica . . . . .	Antonio d'Azevedo Maia.
9. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica cirurgica . . . . .	Eduardo Pereira Pimenta.
10. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia pathologica . . . . .	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia . . . . .	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica . . . . .	Ilidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia . . . . .	Isidoro da Fonseca Moura.

### Professores jubilados

Secção medica . . . . .	{ João Xavier d'Oliveira Barros. José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica . . . . .	
	Visconde de Oliveira.

### Professores substitutos

Secção medica . . . . .	{ Antonio Placido da Costa. Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior. Ricardo d'Almeida Jorge.
Secção cirurgica . . . . .	
	Candido Augusto Correia de Pinho.

### Demonstrador de Anatomia

Secção cirurgica . . . . .	Roberto Belarmino do Rosario Frias.
----------------------------	-------------------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola* de 23 d'abril de 1840, art. 155).



И

MEU PAE

e

MINHA MÃE

A MEUS IRMÃOS



À MEMORIA

DE

MINHAS CUNHADAS

D. Izabel Rodrigues Pereira

E

D. Maria José Gouveia d'Azevedo

Saudoso tributo.

A MEUS PARENTES

E ESPECIALMENTE

A MINHAS PRIMAS

D. Emilia de Souza Azevedo

E

D. MARIA DA PIEDADE DE SOUZA AZEVEDO

E A MEU PRIMO

*Domingos da Costa Santos*



Á EX.<sup>ma</sup> SNR.<sup>a</sup>

D. MARIA DA LUZ CABELLEIRA SANTOS TEIXEIRA

*e a seu Ex.<sup>mo</sup> marido*

JOAQUIM JORGE DA SILVA TEIXEIRA

*Aos meus queridos amigos*

JOSÉ DA SILVA SANTOS

E

*Alfredo Lavos*

*Reunindo-vos por esta forma, creio  
que comprehendereis bem o motivo por-  
que assim procede*

*o vosso amigo*

Huêusto.



AOS

Ill.<sup>mos</sup> e Ex.<sup>mos</sup> Srs.

VISCONDE DE MELICIO

E

DR. JOAQUIM TAIBNER DE MORAES

# À MEMORIA

DOS

MEUS CONDISCIPULOS

João Caeiro de Carvalho

João Baptista da Fonseca Pedrosa

João Pinto da Silva

João Manoel Ribeiro

José Eduardo Vaz Pinto

Theodoro de Carvalho Almeida



AOS MEUS CONDISCIPULOS

E EM ESPECIAL A

FRANCISCO CORREIA DE MATTOS

FRANCISCO PESSANHA

MANUEL MACHADO DE MOURA E CUNHA

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

e particularmente a

*Julio Augusto da Costa Malfeito*

*Dr. Alberto de Vasconcellos Cid*

*Dr. Antonio Rodrigues Bossa*

*Dr. José Vicente Godinho, Junior*

*Dr. Gil Mont'Alverne de Sequeira*

*Dr. Pedro Henrique da Gama Guimarães*

Ao illustrado corpo docente

DA

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



Aos Ex.<sup>mos</sup> SNRS. PROFESSORES

Dr. Antonio de Azevedo Maia

Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas

Dr. José Carlos Lopes

AO MEU PRESIDENTE

O Ill.<sup>mo</sup> e EX.<sup>mo</sup> SNR.

*Dr. Agostinho Antonio do Souto*

A l'œil nu on ne pourrait rien voir de moins intéressant et de moins important que l'ovaire humain ; et cependant c'est de lui qui dépendent les affaires entières du monde. Quant à ce qui regarde le possesseur de la glande, pour son bien-être, et, si nous l'envisageons avec ses annexes, pour le bon état de sa santé, c'est l'organe le plus important de son corps.

LAWSON TAIT — *Maladies des ovaires.*

À obrigação, imposta pela lei, de remarmos o nosso tirocinio escolar por uma dissertação inaugural respondemos com o presente trabalho. Tanto basta para deixarmos bem accentuada a falta de espontaneidade com que este opusculo vem a lume.

Escasseiam-nos, por completo, para empresas de tão levantado intento, não só a competencia, como ainda o tempo, que nos é forçoso repartir entre os multiplos trabalhos escolares. Não podendo, porém, eximir-nos ao cumprimento da lei, optá-



mos pelo assumpto sujeito que se nos impoz por diversos e poderosos motivos.

Em primeiro logar, animou-nos o desejo de contribuirmos na medida das nossas forças para o incitamento ao estudo das doenças gynecologicas, que em Portugal tem sido quasi inteiramente votado a um ostracismo déveras lamentavel. Não sabemos, com effeito, que no nosso paiz se tenha dado a este assumpto a attenção que incontestavelmente merece, seguindo-se os progressos scientificos realizados graças á iniciativa e aos esforços de *Hegar, Kaltenbach, Billroth, Martin, Zenker* na Allemanha—*Lawson Tait, Duncan, Tilt, Bantock* na Inglaterra—*Terrillon, Terrier, Lucas-Championnière* em França—*Emmet, Coe, Polk* na America—etc.

Depois, as lesões inflammatorias dos annexos do utero, que até ha poucos annos ainda eram letra morta para a maior parte dos gynecologos e, como taes, meras sur-

prezas d'autopsia, como muito bem disse *Monprofit*, teem uma frequencia tão reconhecida que é impossivel hoje recusar-lhes um logar importante na pathologia pelvica.

No nosso tirocinio hospitalar tivemos occasião de observar varios exemplares interessantes de doenças d'esta natureza, entre os quaes o caso clinico de que nos occupamos attrahiu especialmente a nossa attenção.

A origem dos padecimentos da doente, a sua continuidade, marcha e duração, a incapacidade absoluta para as funções de relação, collocando a paciente nas condições da—*mulher sempre doente*; as crises de pelvi-peritonite cada vez mais proximas e o depauperamento geral e progressivo, constituindo um perigo a cada hora mais imminente para a vida; a impotencia absoluta dos meios medicos empregados, a intervenção cirurgica por meio da laparotomia e operação de *Lawson Tait*, a cicatrisação

perfeita por primeira intenção, dando em resultado a cura radical; tudo isto—a que juntaremos ainda o facto de ser esta a primeira operação d'este genero aqui praticada por motivo de inflamação dos annexos do utero—influiu para julgarmos este caso singularmente digno de registo.

Ao caso clinico, que propriamente constitue o objecto da nossa these, acrescentamos algumas observações de casos identicos e identicamente tratados.

---



UM CASO  
DE  
**SALPYNGO-OVARITE DUPLA**  
**SUPPURADA**

---

M. C., de 27 annos de idade, exposta, solteira, natural de Mesão-Frio, entrou para a enfermaria de Clinica Medica, no Hospital de Santo Antonio do Porto, em 20 de outubro de 1888.

# HISTORIA DA DOENTE

---

## I

### ANTECEDENTES HEREDITARIOS

São-nos completamente desconhecidos quaesquer elementos d'esta ordem, porquanto, ignorando quaes os seus progenitores e bem assim a existencia de quaesquer outros individuos mais ou menos proximos pelos laços do sangue, a doente não soube fornecer-nos dados alguns que nos elucidassem a este respeito.

Crêmos, todavia, que a falta dos dados que por esta via poderemos colher não tem, para o caso sujeito, uma importancia consideravel.

## II

## ANTECEDENTES PESSOAES

Alôra epistaxis a que em creança era frequentemente sujeita, variola muito benigna de que aos 9 annos foi atacada e ainda sarampo que teve aos 12, a doente fruiu boa saude até á edade dos 13 annos.

Foi menstruada dos 13 para os 14 annos, normalmente; decorridos, porém, dois mezes sobre a epocha do apparecimento das regras, sobreveio amenorrhêa que teve a duração de dois mezes. Em virtude de medicamentos que lhe foram administrados, reapareceu o fluxo menstrual, precedido de cephalalgia intensa, anorexia absoluta e fortes dôres no ventre, sendo a doente obrigada a guardar o leito durante oito dias. Com o restabelecimento da menstruação coincidiu o desaparecimento de todos estes symptomas.

Aos 19 annos gravidez e parto regulares:



a creança falleceu, passados tres mezes, de eclampsia.

Data d'esta epocha uma grande irregularidade menstrual, relativamente á abundancia do fluxo e á sua duração. Apresentava-se, com effeito, sempre em quantidade superior á normal, attingindo quasi sempre a duração de oito dias. Havia sempre leucorrhéa inter-menstrual, mas as regras nunca eram precedidas nem acompanhadas de dôres.

Havia tambem anormalidade do fluxo pelo que respeitava á sua fluidez; o liquido vinha sempre acompanhado de bastantes coagulos.

Ha proximamente quatro annos teve uma doença que a obrigou a permanecer de cama mais de um mez, doença que, pelos symptomas que nos descreveu — dôr surda e sensação de peso no epigastro exasperada com a ingestão de alimentos, anorexia absoluta, sêde viva, vomitos frequentes, cephalalgia, febre — crêmos ter sido um embaraço gastrico febril.

## III

## HISTORIA DA DOENÇA

Dois annos antes da epocha em que deu entrada no hospital, a doente gravidou pela segunda vez; esta gravidez, porém, bem differentemente da primeira, correu de um modo muito anormal, o que egualmente se deu com o parto que foi muito laborioso, chegando a pensar-se n'uma applicação de forceps, a que, todavia, não foi mister recorrer. A creança, producto d'este parto, ainda vive e apresenta uma bem accentuada constituição escrofulosa, mui provavelmente devida a herança paterna.

Nos dias que precederam o restabelecimento menstrual post-puerperal a doente foi assaltada de dôres hypogastricas extremamente vivas, febre e anciedade respiratoria; estas dôres persistiram durante as regras, embora um tanto attenuadas. As des-

ordens menstruaes, anteriormente accusadas pela doente, accentuam-se com uma violencia muito maior: eram metrorrhagias consistindo n'uma abundancia extraordinariamente exaggerada do fluxo, que se apresentava de ordinario de quinze em quinze dias. Succedeu, por vezes, ter a duração de tres semanas. A estas perturbações menstruaes accresceu uma grande difficuldade na micção e na defecação: havia grande tenesmo vesical e dysuria e a defecação tornava-se tão penosa que contribuia poderosamente para a exacerbação dos phenomenos dolorosos experimentados pela doente.

A esta phase, que podemos considerar como o periodo agudo da doença, succedeu outra em que as dôres decresceram de intensidade e se tornaram mais surdas até que nos dias precedentes ás regras retomavam aquelle character de agudeza. A doente passou assim por alternativas incessantes de exacerbação e diminuição nos phenomenos dolorosos.

Taes são, succintamente expostos, os phenomenos mais salientes experimenta-



dos pelo exemplar morbido que nos occupa nos dois annos que precederam a sua vinda para o hospital e que se succederam ao parto que acabámos de referir.

Estes symptomas, longe de se attenuarem, foram-se aggravando de dia para dia. Assim é que, em fins de setembro ultimo, a dysuria e o tenesmo vesical augmentaram de intensidade. Em 4 de outubro, achando-se no periodo catamenial, tomou um purgante ricinado que lhe despertou vivissimas dôres no ventre, e que, além de não produzir effeito algum purgativo, determinou—pareceu determinar, digamos, e mais tarde veremos o motivo—a suspensão do fluxo menstrual. No dia 10 reapparece o fluxo, continuando no dia seguinte em que de novo se suspende, apparecendo então leucorrhéa. Em 12, 13 e 14 sobrevêem fortes epistaxis. As dôres hypogastricas não só continuam, como ainda se aggravam e a tal ponto que a impedem de fazer qualquer esforço e a impossibilitam de caminhar e de se entregar ás suas occupações ordinarias. Ao mesmo tempo a doente sente que

as forças lhe vão faltando cada vez mais e que o seu estado moral se resente d'este depauperamento lento e continuo contra o qual não podia lutar. Em virtude d'isto, a doente entrou, como dissémos, para o hospital, em 20 de outubro de 1888.

---

## ESTADO ACTUAL

---

Na ocasião em que se vê obrigada a recolher-se ao hospital, a doente accusa os symptomas que acabámos de esboçar—cephalalgia intensa, fortes dôres lombares e hypogastricas, dysuria e tenesmo vesical, prisão de ventre, quebrantamento geral do corpo, febre, vomitos e inappetencia absoluta. As dôres hypogastricas são continuas, exasperam-se á pressão e irradiam-se para os flancos e para a região crural direita. Ha ainda leucorrhéa.

*Exame physico:*

À simples inspecção reconhece-se facil-



mente que a doente está magra, pallida, e apresenta signaes evidentes de anemia muito accentuada, sendo de constituição regular e de temperamento lymphatico.

Reclamada a nossa attenção, pelos symptomas apresentados, para os órgãos pelvicos, procedemos ao exame local por meio do toque vaginal, apalpação abdominal combinada com o toque vaginal, e hystermometria.

O toque vaginal indica que o collo do utero occupa o fundo de sacco posterior, e que os labios se acham tumefactos e vegetantes. Os fundos de sacco um tanto duros.

Pela palpação bi-manual reconhece-se que o corpo do utero está no fundo de sacco anterior, globuloso, quasi immovel e muito doloroso á pressão.

Decorrêra já cerca de um mez depois da entrada da doente, durante o qual foi feito um tratamento calmante, tanto geral como topico: irrigações vaginaes quentes diarias, cataplasmas sobre o ventre, clysteres laudanisados, etc. A despeito do pouco allivio

experimentado pela doente, resolveu-se completar o exame com o speculo e hysterometro.

Apresentára-se-nos ao espirito desde o principio a ideia de uma gravidez de cerca de 3 mezes, não bastando para a excluir o facto do collo duro, dada a dureza quasi cellulitica dos fundos de sacco vaginaes; se, porém, viessemos a verificá-la, o estado da doente legitimava sufficientemente a provocação do aborto. Passámos, portanto, ao exame com speculo e hysterometro, que nos revelou o seguinte: cavidade cervico-uterina de 17 centímetros, canal cervical estreitado em virtude da enorme hypertrophia da respectiva mucosa, enorme ectropion d'esta.

Fizemos em seguida a dilatação gradual do canal cervical com laminarias de diametro crescente, de fôrma que em tres dias obtivêramos um calibre mais que sufficiente para a introduccção da sonda de Dóleris. Fizemos uma irrigação intra-uterina com solução phenica muito fraca; a pouco espaço, porém, notámos que o ventre augmentava

de volume e que, não obstante entrar liquido no utero, não sahia d'elle uma unica gotta, queixando-se a doente de dôres atrozes.

Um momento pensámos n'uma ruptura uterina, accidente a que não tem escapado mestres respeitaveis, e n'este proprio momento começámos a anesthesiar a paciente para tomarmos um conhecimento exacto da situação e por ella regular o nosso procedimento ulterior. Insensibilisada a doente, foi introduzido o indicador da mão direita no utero e verificada a existencia d'um corpo, desde logo reconhecido como um embrião immerso n'um grande volume de liquido que foi sahindo por pressão sobre o abdomen, realisando-se na mesma sessão a expulsão d'um embrião de 2 a 3 mezes.

Nova irrigação intra-uterina abundante e quente e administração de ergotina em injeccões hypodermicas. A sahida da placenta operou-se, comquanto um pouco tardiamente, e foram praticadas algumas sessões de raspagem acompanhadas e seguidas de abundante irrigação anti-septica quente



intra-uterina. Algumas cauterisações intra-uterinas com chloreto de zinco foram também praticadas, conseguindo-se vêr a cavidade cervico-uterina reduzida a 11 centímetros em 30 de novembro.

Este tratamento não poz, todavia, termo aos soffrimentos da doente. Continuavam, com effeito, a dar-se, um ou dois dias semanalmente, exacerbações nas dôres hypogastricas referidas agora nitidamente pela paciente aos flancos e sobretudo ao direito. Esta exacerbação era precedida de calefrios e terminava ordinariamente por um escoamento muco-purulento pela vagina. Durante essas crises ou exasperações a temperatura elevava-se a  $38^{\circ},5$ , oscillando nos intervallos entre  $37^{\circ}$  e  $37^{\circ},5$ .

Continuava a haver prisão de ventre, um estado nauseoso quasi constante, dysuria e tenesmo vesical. As dôres na parte lateral e inferior do hypogastro eram exasperadas pelo movimento, pela marcha e sobretudo pela pressão. Além d'isso, irradiavam-se para as regiões cruraes e mui especial-

mente para a direita na parte antero-interna.

A palpação hypogastrica permite sentir uma tumefacção diffusa, situada á direita da linha media, um pouco acima do fundo de saco de Douglas, na parte correspondente á trompa direita. O toque vaginal isolado nada nos elucida; mas, combinando-o com a palpação abdominal conseguimos apanhar a tumefacção entre o dedo vaginal e a mão hypogastrica: não havia verdadeira fluctuação, mas reconhecia-se á massa uma tal ou qual elasticidade. Todas estas explorações eram á doente extremamente dolorosas.

---

## DIAGNOSTICO

---

Sobre tres ordens de factores deve basear-se o diagnostico das doenças pelvicas. Temos em primeira plana os signaes fornecidos pela exploração physica, em seguida a historia da doente, vindo em ultimo lugar as perturbações funcçionaes por isso que estas, muitas vezes, não invalidam nem confirmam o diagnostico a que conduzem as duas primeiras ordens de factores.

São conhecidas as difficuldades, por vezes invenciveis, que se encontram em assentar o diagnostico de muitas d'estas doenças, bem como os erros que frequentemente



têm sido commettidos. No presente caso clinico, todavia, todos aquelles factores se acham reunidos e por fôrma tal que somos irresistivelmente levados a diagnosticar-o como salpyngo-ovarite dupla supurada.

Lançando uma vista retrospectiva sobre o que deixamos dito nos capitulos precedentes, encontramos o necessario para justificar plenamente este diagnostico. A historia da doente mostra-nos como começou a doença de que actualmente soffre, sobrevivendo bruscamente após o ultimo parto que teve — dois annos antes de se recolher ao hospital — e accusando-se por vivas dôres abdominaes acompanhadas de anciedade respiratoria, febre elevada e anorexia. Estas dôres precederam de alguns dias o restabelecimento do fluxo menstrual.

Successivamente accentuaram-se as perturbações menstruaes, consistindo em metrorrhagias intensas, voltando o fluxo de quinze em quinze dias e sempre em grande abundancia. Juntou-se a isto a difficuldade na micção e na defecação, o que contribuiu

para que as dôres augmentassem de intensidade.

Mais tarde os phenomenos dolorosos revestiram um character particular comparavel ao das colicas, apresentando um periodo agudo, que após um certo espaço de tempo se attenua, e terminando com a evacuação pela vagina d'um liquido muco-purulento, o que sobremaneira allivia a paciente.

Se aos dados anteriores, fornecidos pelo começo e pela marcha da doença, accrescentarmos os signaes colhidos pela exploração physica — tumefacção, á direita e á esquerda da linha média, na parte correspondente á trompa respectiva —; se attendermos bem ao character de espontaneidade e continuidade dos phenomenos dolorosos, á sua exasperação com o movimento, marcha e pressão e ainda com os esforços da micção e da defecação; se não esquecermos a natureza do liquido sahido pela vagina e constituindo, por assim dizer, o epilogo das crises ou colicas salpingianas, crêmos não ser possivel duvidar-se que se trate d'uma salpyngo-ovarite bilateral suppurada.

Se quizessemos agora explicar o apparecimento d'esta inflammação dos annexos do utero, chegaríamos naturalmente a attribuir-lhe uma origem puerperal. Sabe-se hoje que, á semilhança do que succede com a inflammação das mucosas dos diversos appparelhos, do urinario por exemplo, a inflammação da mucosa que forra a superficie interna da trompa de Fallopiá resulta da propagação de um trabalho phlegmasico similhante da mucosa uterina. Assim a salpyngite é, em regra, consequencia da endometrite, assim como á salpyngite succede quasi sempre a ovarite.

Por outro lado está já bem assente a noção pathogenica de que as endometrites são de origem infecciosa e de que estas, e consequentemente as salpyngites, reconhecem como causas mais frequentes a blenorragia e a infecção após o parto ou o aborto, não estando de accôrdo os auctores sobre qual d'estas tem o predominio na etiologia da salpyngite. Querem uns, talvez a maior parte, que esse predominio seja concedido á blenorragia, porque, longe de se



crer como outr'ora que a blenorrhagia na mulher é uma inflamação quasi vulvar com phlegmasia do meato urinario e dos canaes excretores de Bartolin, se sabe hoje que ella tende a subir e a penetrar profundamente, apoderando-se primeiro de toda a vagina e irradiando-se d'um lado para a urethra, bexiga e rins, e do outro para o utero, trompas e peritoneu. Entre estes figura *Nægerath*, segundo o qual  $\frac{75}{100}$  das mulheres casadas de Nova York contrahiram a blenorrhagia. Querem outros que a principal causa seja a infecção após o parto ou o aborto.

Pômos de parte a infecção blenorrhagica no caso sujeito, porisso que a historia da doente não accusa blenorrhagia anterior, embora não possa dizer-se em absoluto que a não tenha havido, porque pôde ter passado completamente desapercibida.

Excluindo a infecção blenorrhagica e recordando que o parto ultimo da doente foi muito anormal e laborioso e que foi depois d'elle que sobrevieram os symptomas primarios da doença actual, somos levados a

admittir que a tubo-ovarite de que nos occupamos é, com toda a 'probabilidade, resultante da propagação da endometrite puerperal.

---

## TRATAMENTO

---

Duas phases bem distinctas resaltam na salpyngo-ovarite que constitue o fundo morbido do caso clinico que apresentamos. A primeira é aguda, a segunda chronica. A separação da doença n'estes dois periodos tem uma importancia capital para o tratamento a instituir.

Surprehendida a affecção no periodo agudo, o elemento mais importante do tratamento consiste no repouso absoluto, sendo então absolutamente contra-indicada a intervenção cirurgica, a não ser que inopinadamente surjam phenomenos agudos de



pelvi-peritonite ou que um liquido septico se tenha derramado na cavidade da pequena bacia. A medicação consiste em preencher as duas indicações seguintes: acalmar os phenomenos dolorosos e facilitar as funcções digestivas, que ordinariamente recebem o *contre-coup* das lesões pelvicas.

Com o intuito de obedecer á primeira d'estas indicações o meio mais proveitoso consiste em empregar irrigações vaginaes quentes. No presente caso pequeno resultado colhemos d'ellas, sendo preciso recorrer, por diversas vezes, aos revulsivos, quando as dôres abdominaes eram extremamente vivas. Quando as dôres são lancinantes emprega-se o chlorhydrato de morphina em injecções hypodermicas.

Para preencher a segunda indicação deram-se laxantes e clysteres afim de facilitar a defecação, sempre muito dolorosa, e manter, tanto quanto possivel, a liberdade intestinal.

No capitulo que, sob a epigraphe de — *estado actual* — precedentemente deixámos escripto, vimos as difficuldades com que

foi preciso lutar para se colherem signaes physicos que permittissem estabelecer o diagnostico, e vimos tambem as complicações — endometrite fungosa e endometrite intersticial — que mascaravam a salpyngo-ovarite. De fôrma que quando, depois de explorações physicas repetidas e do tratamento calmante instituido, podêmos colher os signaes certos de tubo-ovarite, já esta revestia um character de chronicidade evidente e indiscutivel.

N'este periodo é hoje corrente a intervenção cirurgica quando o tratamento calmente foi esteril, havendo persistencia das dôres, e quando a vida está ameaçada ou pelos progressos do depauperamento geral do organismo ou por complicações taes como os ataques de pelvi-peritonite.

Está hoje notavelmente enriquecida a sciencia no que diz respeito ao tratamento cirurgico das tubo-ovarites, podendo o operador intervir pelas vias vaginal, rectal ou abdominal, e seguir mesmo processos diversos por qualquer d'estas vias. Assim temos *pela via vaginal* os processos da punc-

ção simples exploradora, da punção seguida de drenagem e o da incisão vaginal; *pela via rectal* a punção e a incisão; *pela via abdominal* a punção, a incisão na fossa iliaca e a laparotomia.

Sem entrarmos na descripção e na critica d'estes processos, dizemos apenas que é a laparotomia que os operadores modernos dão a preferencia, sendo conduzidos a isso pelos motivos seguintes: 1.º — permite examinar convenientemente o estado dos órgãos e operar depois segundo as indicações que d'elle decorrem; 2.º — reconhecida por esse estado a necessidade da ablação dos annexos, e feita esta, cura-se radicalmente a doença; 3.º — é quasi inofensiva, pelo menos raras vezes mortal, quando realisada com os precisos cuidados anti-septicos, como se demonstra por innumerables estatisticas, entre as quaes citaremos apenas as apresentadas por *Lawson Tait*, *Mundé*, *Orthmann*, *Terrillon*, *Imlach* e *Meinert*.

No nosso caso estava racionalmente indicada a intervenção cirurgica, em virtude



da inutilidade do tratamento calmante — dos ataques de pelvi-peritonite, sobrevindo com uma frequencia alarmante — e, finalmente, do estado geral da doente que peiorava dia a dia, como manifestamente o indicavam os progressos feitos pelo emmagrecimento e pela fraqueza organica de que muito se resentia o estado moral.

Decidida a intervenção cirurgica, o nosso Professor, o Ex.<sup>mo</sup> Snr. dr. Antonio de Azevedo Maia, apoiando-se nas razões acima expostas, optou pela laparotomia para fazer a operação da ablação dos annexos ou salpyngo-oophorectomia, mais conhecida e talvez melhor designada ainda pela denominação de *operação de Lawson Tait*.

A doente, porém, sabendo que não era exempta de perigo a operação e, sem absolutamente regeitar submeter-se a ella, quiz, todavia, deixar o hospital, sahindo d'elle em 22 de dezembro, melhorada da endometrite fungosa e metrite intersticial, mas em estado evidentemente peor pelo que respeitava á salpyngo-ovarite suppurada, por isso que á medida que o tempo vae decorrendo

mais ameaçada vae estando tambem a vida da doente n'estas condições. Crêmos achar-se provado este asserto com o que precedentemente deixámos dito. Não insistindo por isso nas razões apresentadas, lembraremos tão sómente a purulencia das trompas, as crises de pelvi-peritorite repetindo-se com uma frequencia cada vez maior, os progressos da debilitação geral, e ainda como complicação a receiar, a ruptura das trompas dando origem a accidentes cuja gravidade foi bem posta em evidencia por *Bernutz, Hegar e Kaltenbach*.

Em 5 de fevereiro de 1889 voltou a doente para a enfermaria de Clinica Medica inteiramente resolvida a submetter-se á operação, visto reconhecer o aggravamento do seu estado.

Durante o tempo da sua permanencia fóra do hospital tivéra ataques de pelvi-peritonite cada vez mais proximos e semelhantes aos que anteriormente descrevemos. A doente acha-se mais depauperada e enfraquecida; accentuam-se mais as perturbações

digestivas, a anorexia e os calefrios precursadores da pelvi-peritonite; finalmente, os corrimentos muco-purulentos, sobrevindo bruscamente pela vagina como epilogo das crises, são mais abundantes e fatigam extremamente a doente contribuindo em larga escala para o seu enfraquecimento progressivo.

Se, como precedentemente vimos, a intervenção cirurgica parecia indicada, mais claramente se impunha agora como sendo o unico meio capaz de curar a doente, supprimindo as dôres e as perturbações menstruaes, fazendo desaparecer os phenomenos de pelvi-peritonite e prevenindo os perigos d'uma ruptura das trompas de Fallopia. É o que se consegue com a *operação de Lawson Tait*, umas vezes logo após a operação, outras depois de um lapso de tempo que de ordinario varia entre algumas semanas e um anno. É necessario não desconhecer este facto afim de se não esperar um resultado completo, immediatamente depois da ablação dos órgãos affectados; e não devemos mesmo estranhal-o attenden-



do ás multiplas lesões observadas geralmente n'esses órgãos, sendo preciso um certo espaço de tempo para se restabelecer o equilibrio normal.

Definitivamente assente a operação, tratou-se de fazer um tratamento preparatorio com relação á vagina e ao intestino, tratamento que n'estes casos tem uma importancia consideravel. Admittindo, com effeito, com a grande maioria dos gynecologos, que a salpyngo-ovarite foi precedida de uma infecção vagino-uterina—no nosso caso de natureza puerperal — pôde essa infecção existir ainda. Impõe-se, portanto, a antisepsia vaginal. Esta antisepsia realisouse, sendo a doente submettida, muitos dias antes da operação, ao uso de irrigações vaginaes quentes com uma solução de deutiodeto de mercurio a  $\frac{1}{2000}$ .

O tratamento preparatorio das vias digestivas tem tambem grande importancia para o bom exito das operações abdominaes. Com tres dias de antecipação foi a doente purgada com hydro-soluto de citrato de magnesia, o que se repetiu no dia seguinte.

Na vespera foi bem lavada e friccionalda com sabão e escova propria primeiramente e depois com uma solução de deutoiodeto de mercurio, a região pubi-umbilical, sobre a qual se applicou em seguida uma compressa impregnada da mesma solução que se manteve por meio de uma faxa.

No dia 21 de março procede-se á operação, havendo a doente sido previamente anesthesiada pelo chloroformio; obtida a anesthesia, que foi rapida, foi a doente transportada em braços para o gabinete de observações gynecologicas no qual se produzira artificialmente uma temperatura de 30°, e onde se achavam os aprestes operatorios cuidadosamente desinfectados e ordenadamente dispostos.

---

## OPERAÇÃO

---

O operador—o nosso Professor, o ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Azevedo Maia — começou por fazer uma cuidadosa lavagem antiseptica na região operatoria e partes circumvisinhas, após o que fez uma incisão de 6 centímetros de extensão na linha media entre o pubis e o umbigo. Dividiu depois o tecido cellular até a aponevrose, e procedeu á hemostase que exigiu a applicação de cinco pinças hemostaticas. A parede abdominal era muito rica em tecido cellulo-adiposo e vasos sanguineos, o que difficultou este tempo da operação. Dividiu em seguida a

\*



aponevrose e as capas aponevroticas que cobrem o peritoneu. Cahindo sobre este, tomou-o com uma pinça e abriu-lhe uma casa de botão atravez a qual introduziu uma sonda canula e sobre ella incisou o peritoneu na mesma extensão que anteriormente.

Introduzindo o index e o medio da mão esquerda pela abertura assim formada, repelliu para a parte superior as ansas intestinaes, contendo-as por meio d'uma esponja. Insinuando ainda os mesmos dedos na bacia, foi procurar o fundo do utero, que lhe serviu de guia, e dirigiu-os depois para a direita e mais tarde para a esquerda, ao longo da trompa até o ovario. Reconheceu primeiramente o tumor formado pelo ovario e trompa direita. Attrahido o ovario para a ferida abdominal, tomado com uma pinça e deprimidos os bordos da ferida por dois assistentes, pôde vêr-se a trompa. Antes de se proceder á secção, fez-se a hemostase realisada pelo nó de Staffordshire. Passou-se um duplo fio atravez o centro de ligamento largo, e fez-se a ligadura junto ao corno uterino, comprehendendo n'ella

a trompa e os vasos subjacentes; passou-se depois um fio em torno do ovario. Feito o pediculo, seccionou-se a trompa e o ovario direito a thermo-cauterio. Identicamente se procedeu para os annexos do lado esquerdo.

Abandonadas as ligaduras no interior da pelve, retirou-se a esponja que servira para a contenção intestinal e esponjou-se bem o fundo de saco de Douglas e regiões ileo-lombares. Foram depois lançados tres pontos de sutura profunda parietal a fio de seda, fez-se a sutura intra-parietal perdida a cat-gut e finalmente, feito o affrontamento rigoso dos bordos da ferida, foram applicados quatro pontos superficiaes. Conseguido isto, e lavada novamente a solução phenica forte toda a região operatoria, fez-se o penso anti-septico habitual com iodoformio em pó, gaze iodoformada e algodão hydrophilo, sendo tudo mantido por tiras de sparadrapo commum e por uma faxa de flanela.

A operação foi executada em cincoenta minutos. Na anesthesia empregaram-se 70 grammas de chloroformio.

## DIARIO

21 DE MARÇO

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . . .	36 <sup>o</sup> ,9	65
1 h. da tarde . . .	36 <sup>o</sup> ,6	73
5 h. da tarde . . .	37 <sup>o</sup> ,3	82
9 h. da tarde . . .	37 <sup>o</sup>	75

Administração de caldos que a doente regeita pelo vomito; o mesmo succede com o leite. Tolera, todavia, agua quente com cognac. Apresenta-se bem disposta. Faz-se o catheterismo para a expulsão da urina de cinco em cinco horas.

22 DE MARÇO

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . . .	37 <sup>o</sup> ,2	77
3 h. da tarde . . .	37 <sup>o</sup> ,4	82
7 h. da tarde . . .	37 <sup>o</sup> ,5	85

Tenta-se novamente a alimentação pelos caldos, que immediatamente se abandona, visto serem logo regeitados pelo vomito. Às 4 horas da tarde, em virtude de grande tympanismo estomacal, introduz-se um tubo rectal com o fim de favorecer a



sahida de gazes. Corre-se um sinapismo ao longo da superficie cutanea sub-jacente ao peito esquerdo. Agua quente com cognac pela via estomacal.

### 23 DE MARÇO

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . .	37 <sup>o</sup> ,6	80
12 h. da manhã . .	37 <sup>o</sup> ,5	80
3 h. da tarde . . .	37 <sup>o</sup> ,3	72
9 h. da tarde . . .	37 <sup>o</sup> ,5	72

Administração de agua quente com cognac pela via estomacal, e de caldo pela via rectal. Tenta-se a alimentação pelo leite que logo se suspende por provocar vomitos. Excellente disposição.

### 24 DE MARÇO

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . .	37 <sup>o</sup> ,5	72
12 h. da manhã . . .	37 <sup>o</sup> ,5	—
5 h. da tarde . . .	37 <sup>o</sup> ,8	—
9 h. da tarde . . .	37 <sup>o</sup> ,7	78

Occorrença alguma digna de menção durante o dia. Alimentação com agua e cognac e clysteres de caldo.

## 25 DE MARÇO

	TEMPERATURA	PULSO
8 h. da manhã . . .	37 <sup>o</sup> ,6	70
12 h. da manhã . . .	37 <sup>o</sup> ,7	75
5 h. da tarde . . .	37 <sup>o</sup> ,8	78

N'este dia accentuam-se mais os vomitos. Ha grande tympanismo estomacal; passa-se-lhe o tubo rectal que dá sahida a gazes, o que alliviou extraordinariamente a doente.

## 26 DE MARÇO

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . . .	37 <sup>o</sup> ,9	83
12 h. da manhã . . .	38 <sup>o</sup> ,2	90
5 h. da tarde . . .	38 <sup>o</sup> ,4	82
8 h. da tarde . . .	38 <sup>o</sup> ,4	—

Administram-se 12 capsulas de calomelanos com bicarbonato de soda, como anti-thermico e purgativo, de meia em meia hora; cada capsula contem 5 decigrammas de bicarbonato e 10 centigrammas de calomelanos. Dejecções abundantes, após as quaes a temperatura começa a baixar sensivelmente.

## 27 DE MARÇO

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . . .	57°,6	90
12 h. da manhã . . .	37°,8	—
5 h. da tarde . . .	37°,9	—
8 h. da tarde . . .	37°,7	85

Administração de caldos, pela via estomacal, bem tolerados.

## 28 DE MARÇO

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . . .	37°,5	76
12 h. da manhã . . .	37°,3	72
4 h. da tarde . . .	38°	85
8 h. da tarde . . .	37°,8	72

Às 10  $\frac{1}{2}$  horas da manhã, 7 dias completos depois da operação, levanta-se o penso, com os cuidados anti-septicos habituaes. Cicatrização por primeira intenção; todavia, o ponto superior de sutura superficial suppura ligeiramente. Retiram-se os pontos de sutura superficiaes, lava-se a cicatriz a solução phenica e renova-se o curativo. Quando se procedia áquella lavagem, notou-se que a parede abdominal san-



grava facilmente, o que, como anteriormente expuzémos, constituira já uma das difficuldades da operação.

### 29 DE MARÇO

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . . .	37°,5	70
12 h. da manhã . . .	37°,8	75
5 h. da tarde . . .	38°,1	80
8 h. da tarde . . .	—	—

De tarde reconhece-se que pela parte inferior do penso corre algum sangue misturado de pus. Aperta-se bem o penso.

Tolera já perfeitamente a alimentação a caldos e carne de gallinha.

### 30 DE MARÇO

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . . .	37°,8	80
12 h. da manhã . . .	37°,9	—
5 h. da tarde . . .	38°,1	86
8 h. da tarde . . .	38°,3	88

De manhã regeita pelo vomito alguns restos de substancias alimenticias.

Levantado novamente o curativo, encontra-se a parte media da cicatriz ligeira-

mente entre-aberta e dando sahida a pus que, depois de exploração conveniente com uma sonda, se reconhece provir de um pequeno abscesso situado entre a sutura profunda e a superficial. Lavagem intra-abdominal com solução phenica forte. Colloca-se um tubo de drenagem para dar sahida ao pus e renova-se o penso como anteriormente.

### 31 DE MARÇO

		TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã	. .	37 <sup>o</sup> ,5	75
12 h. da manhã	. .	—	—
5 h. da tarde	. . .	37 <sup>o</sup> ,8	85
8 h. da tarde	. . .	37 <sup>o</sup> ,5	75

Administra-se á noite um clyster de oleo de ricino que não produziu effeito.

### 1 DE ABRIL

		TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã.	. .	37 <sup>o</sup> ,3	75
12 h. da manhã.	. .	—	72
5 h. da tarde	. . .	37 <sup>o</sup> ,5	—
8 h. da tarde	. . .	37 <sup>o</sup> ,8	78

Repete-se a administração de oleo de ri-

cino pela via rectal obtendo-se dejeccões abundantes.

## 2 DE ABRIL

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . . .	37°,3	75
12 h. da manhã . . .	—	—
5 h. da tarde . . .	—	—
8 h. da tarde . . .	37°,5	80

Levantado o curativo, reconhece-se que o tubo de drenagem continua a dar sahida a algum pus, mas em quantidade visivelmente decrescente. Nova lavagem intra-abdominal com solução phenica. Renova-se o apparelho curativo. A doente continua a queixar-se de nauseas, continuando ainda a haver alguns vomitos, sobretudo de madrugada.

## 3 DE ABRIL

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . . .	37°,3	72
12 h. da manhã . . .	37°,2	75
5 h. da tarde . . .	—	—
8 h. da tarde . . .	37°,5	80



## 4 DE ABRIL

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . . .	37°,3	82
12 h. da manhã . . .	37°,5	75
5 h. da tarde . . .	—	—
8 h. da manhã . . .	—	—

A doente sente voltar-lhe o appetite, o que ha muito lhe não succede. Disposição excellente.

## 7 DE ABRIL

	TEMPERATURA	PULSO
9 h. da manhã . . .	37°,4	75
12 h. da manhã . . .	37°,6	—
5 h. da tarde . . .	—	78
8 h. da tarde . . .	37°,8	—

Nada de notavel nos dias seguintes.

Levanta-se o penso. Já não existe supuração alguma, pelo que se retira o tubo de dragem. Renova-se o curativo.

Nenhuma occorrecia digna de menção nos dias subsequentes. A temperatura não tornou mais a ultrapassar 37°,7. O estado geral melhora muito, sentindo a doente voltarem-lhe as forças que para sempre julgára perdidas.

Em 18 de abril levanta-se de vez o curativo. Em 20 do mesmo mez já a doente passeia pela enfermaria e a convalescença progride por fôrma tal que a doente sáe do hospital em 4 de maio.

---

EXAME

ANATOMO-PATHOLOGICO

MACROSCOPICO

---

As trompas são mais volumosas do que normalmente, tortuosas e moniliformes. A direita excede em volume a esquerda. A espessura das suas paredes acha-se consideravelmente augmentada. O seu calibre parecia interrompido, apagado de espaço a espaço. A sua superficie interna inflammada apresenta-se coberta de vegetações espessas e revestindo fórmias diversas. Proximo do pavilhão, as trompas acham-se muito inflammadas. As pregas do pavilhão apresentam-se duras e adherem umas ás outras,



restringindo extraordinariamente a superfície captadora dos ovulos.

Os ovarios apresentam degeneração kystica de ambos os lados, havendo, além d'isso, no direito uma extensa zona de amolecimento com degeneração gordurosa; o resto apresenta-se duro, sclerosado. O ovario direito apresenta um volume como o d'um pequeno ovo de gallinha.

---

## RESULTADO DA OPERAÇÃO

---

Dôres espontaneas continuas, tornando-se lancinantes com uma frequencia inquietadora—crises de pelvi-peritonite amiudadas—estado geral peorando progressivamente—taes eram os phenomenos capitaes experimentados pela nossa doente antes da intervenção cirurgica, e que mais uma vez recordamos para bem frizarmos os excellentes resultados obtidos pela ablação dos annexos.

Considerada esta como o unico meio de allivio e cura radical e não devendo esperar-se, para a sua realisação, o momento de a doente se achar em condições de não resistir a ella, praticou-se como acima expozémos.

O primeiro resultado obtido foi a supressão completa das dôres. Em segundo lugar, nunca mais se repetiram os ataques de pelvi-peritonite. Finalmente, o estado geral melhorou progressiva e visivelmente; a doente sente recuperar as forças dia a dia, vae engordando d'um modo notavel, readquiriu a sua alegria natural e experimenta um allivio e bem-estar como ha annos não conhecia.

Por diversas vezes, depois da sua sahida do hospital, tivémos occasião de encontrar a nossa antiga doente que nos diz sempre gozar hoje uma saude invejavel, não experimentando dôres nem perturbações que lhe recordem as que, durante quasi tres annos, lhe tornavam a vida insupportavel e precaria.

O seu aspecto actual nem por sombras



lembra já aquelle com que a doente se apresentára na enfermaria; de pallida, anemica e triste que era—exemplar perfeito do *facies uterino*—apresenta-se agora rosada, nutrida e risonha a ponto de parecer outra mulher.

---

## OBSERVAÇÕES

---

### OBSERVAÇÃO I

A. A., natural de S. João da Pesqueira, de 32 annos de idade, casada, occupando-se no serviço domestico, entrou para a enfermaria de clinica medica em 21 de outubro de 1888.

Febre typhoide aos 6 annos, mais tarde sarampo e variola. Menstruada pela primeira vez aos 16 annos, normalmente; em seguida, amenorrhéa durante 7 mezes, acompanhada de cephalalgia, enfartamento do estomago, vomitos frequentes, dyspnéa, prostração. A menstruação restabelece-se, passado este periodo, continuando regular-

mente e com seis dias de duração até aos 26 annos. N'esta idade casou, e pouco depois apparece leucorrhéa, menorrhagia, dôres hypogastricas, lombares e inguinaes, sobretudo do lado esquerdo. D'ahi em diante as regras antecipam-se 4 a 8 dias. Dez mezes depois do casamento a dôr inguinal esquerda irradia-se até a pharynge, sobrevindo então ataques hystericos pouco intensos.

Em maio de 1885, consecutivamente a um resfriamento, a menstruação tornou-se extremamente desordenada, faltando umas vezes, outras suspendendo-se quasi logo depois do seu apparecimento, havendo por vezes menorrhagias intensas. Desde então manifestam-se ataques de hysteria mais intensa (grande hysteria).

À entrada no hospital, está pallida, magra, fatigada, apresenta leucorrhéa abundante, e queixa-se de dôres hypogastricas, lombares e inguinaes, mais intensas do lado esquerdo; estas dôres irradiam-se para a garganta, produzindo constrictão e dando logar a ataques hystero-epileptiformes. In-



appetencia, nauseas, vomitos e quebrantamento. Apyrexia.

Pelo toque vaginal reconhece-se que o collo está na direcção do eixo da vagina, o utero em ante-versão e ligeiro prolapso. O exame com o speculo mostra a existencia de corrimento amarellado e ectropion da mucosa do canal cervical. Submettida, durante alguns dias, ao uso de irrigações vaginaes para facilitar a exploração, faz-se o toque vaginal combinado com a palpação abdominal e reconhece-se que as trompas se acham muito augmentadas de volume e muito dolorosas á pressão; a posição do utero era a de ante-sinistro-versão. Diagnosticou-se uma salpyngite, consecutiva a endometrite purulenta.

Em 12 de maio de 1889, laparotomia e ablação dos annexos pelo ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Azevedo Maia. Ablação das suturas em 21 do mesmo mez. Cicatrisação completa por primeira intenção. A doente succumbe, dois mezes depois, em resultado de um accidente que em cousa alguma dependeu da operação.

O exame anatomo-pathologico-macros-copico dos annexos extirpados revela as lesões da salpyngite intersticial. Trompas volumosas, extremamente duras, e de calibre um pouco diminuido. No interior das trompas não existia collecção liquida apreciavel. Havia uma pequena adherencia da trompa esquerda com o ovario do mesmo lado. Os ovarios apresentam degeneração kystica.

## OBSERVAÇÃO II

J. A., de 22 annos, solteira, creada, natural de Paredes. Menstruada aos treze annos. Aos 16 dysmenorrhéa, que teve sempre d'ahi em diante. Ha 5 mezes teve sarampo. Pouco depois começou a sentir fortes dôres no fundo do ventre e abortou de um feto de 5 a 6 mezes. Depois d'este aborto soffreu sempre dôres sacro-iliacas constantes, exasperando-se com o movimento, com a marcha e a pressão, e irra-

diando-se para as regiões cruraes. Mais tarde, sobreveio leucorrhéa e febre. Anorexia absoluta. Calefrios, tremuras, e suores mais ou menos abundantes. Cystite e prisão de ventre.

Ao exame reconhece-se que o ventre está tenso e difficulta a exploração. Á pressão nas regiões inguinaes desperta-se dôr muito viva. Utero em situação normal, mas bastante sensível. Leve corrimento claro e viscoso semelhante a clara d'ovo. Collo com duplo orificio, em virtude de septo divisorio cicatricial resultante de ulceração abortiva. Diagnostico: salpyngo-ovarite dupla.

Em 2 de junho de 1889, laparatomia e salpyngo-oophorectomia pelo ex.<sup>mo</sup> snr. Azevedo Maia. Não sobrevieram vomitos, nem houve hyperthermia consideravel, 38° o maximo. Ablação dos pontos de sutura em 12 de junho. Cicatrização perfeita por primeira intenção. Acha-se ainda no hospital em via de restabelecimento.

Ao exame anatomo-pathologico macroscopico encontram-se as trompas volu-



mosas, sobretudo a direita, que apresentava o volume de um dedo pollgar. Esta na sua superficie interna offerecia poucas falsas membranas, mas encerrava uma pequena quantidade de liquido claro, como ordinariamente succede nas hydro-salpyngites. A trompa esquerda não apresentava falsas membranas, nem continha liquido algum, mas a espessura das suas paredes era anormala.

### OBSERVAÇÃO III

M. P., natural de Paredes, de 29 annos de idade, viuva, meretriz, entrou para a enfermaria de Clinica Medica em 21 de maio de 1889.

Menstruada aos 15 annos, normalmente. Casou aos 21. Teve dois partos, ambos regulares. Aos 23, pneumonia. Aos 26, achando-se grávida, contrahiu uma blenorragia, que não foi debellada com o tratamento empregado, por isso mesmo que de-

pois do parto ainda tinha corrimento blennorrhagico, sobrevindo-lhe então dôres no baixo ventre, que se irradiavam para as regiões inguinal e crural esquerdas. Estas dôres foram augmentando de intensidade, exasperando-se com a defecação, que se acompanha de tenesmo e calefrios, e com a marcha e o movimento. Recolhendo ao hospital, procede-se ao exame physico. Á inspecção reconhece-se que a doente é pallida, lymphatica e apresenta a vulva e o collo inflammados, havendo um corrimento purulento. Á palpação, o epigastro, hypogastro e a fossa iliaca esquerda são muito dolorosas á pressão. Tympanismo exagerado do epigastro, revelado á percussão. Pelo toque vaginal reconhece-se o collo muito duro e tumefacto, o fundo de sacco anterior muito reduzido, o posterior muito longo; no fundo de sacco lateral esquerdo existe um corpo cylindrico duro, com alguma mobilidade e muito sensivel á pressão. O corpo do utero está em ligeira retroversão. O toque rectal confirma estes dados, e dá mais nitida ainda a sensação de

um cordão bosselado e muito doloroso no fundo de saco lateral esquerdo. Diagnostico: doença de anexos consecutiva a endometrite chronica purulenta, talvez de origem blenorragica.

Em 6 de junho laparotomia e ablação de anexos pelo ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Azevedo Maia. Operação sem accidente ou complicação, a não serem vomitos que foram debellados pela applicação em maior escala do anesthesico (mistura de ether e chloroformio). Levantam-se os pontos de sutura em 15 de junho. Cicatrização por primeira intenção. Acha-se ainda no hospital em via de restabelecimento.

O exame anatomo-pathologico macroscopico mostra as trompas duras, tortuosas e moniliformes e os ovarios entumecidos e com algumas bolhas de liquido transparente.



## OBSERVAÇÃO IV

G. de M., 26 annos. Menstruada aos 17 annos, pela primeira vez. Menstruação sempre abundante, sobrevindo duas vezes no mez. Parto aos 22 annos, voltando a menstruação 2 mezes depois d'elle e apresentando-se com a mesma irregularidade que anteriormente. D'este parto resultou um corrimento branco, que desaparecia nas epochas menstruaes para dar lugar ao liquido normal. Ha 2 annos contrahiu uma blenorragia que só ao fim de 9 mezes foi debellada. Ha 4 mezes sobreveio uma grande hemorragia uterina que lhe durou 2 mezes sem se suspender um só dia. Accusa dôres hypogastricas intensas, irradiando-se para as côxas. O exame physico permite diagnosticar uma inflammação de annexos.

Em 29 de junho, laparotomia seguida de salpyngo-oophorectomia, pelo ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Azevedo Maia. Levantados os pontos de sutura em 8 de julho. Cicatrisação por

primeira intenção. Consequencias operatorias sem complicação, achando-se a doente ainda no hospital em via de restabelecimento.

### OBSERVAÇÃO V

M. M., 26 annos. Menstruada pela primeira vez aos 12 annos, após o que sobreveio amenorrhéa. Sómente se restabeleceu o fluxo menstrual aos 18 annos, e ainda assim só um mez, porque concebeu. No oitavo mez de gravidez deu uma quéda de que resultou a sahida d'uma grande quantidade de sangue pela vagina, suspendendo-se só com o parto. Este foi muito trabalhoso, sendo o feto extrahido a forceps. Doze dias depois do parto começou a doente a sentir dôres em todo o abdomen, augmentando este rapidamente de volume. Ao mesmo tempo sobreveio febre e vomitos. Este estado durou 5 mezes, e ao fim d'este espaço de tempo formaram-se fistu-

las diversas na parede abdominal, por cujas aberturas sahiu um liquido lactescente, semelhante a pus. Essas aberturas cicatrisaram 11 mezes depois. N'essa occasião os membros inferiores tumefazião-se a miúdo, o que ainda hoje succede. Passados 2 annos voltou-lhe a menstruação, mas o liquido menstrual que até então fôra sempre muito vermelho, apresenta-se descorado, sempre muito pouco abundante e sobre vindo 3 e 4 vezes no mez. Accusa dôres na região lombar e na hypogastrica, irradiando-se para as regiões cruraes e exacerbando-se com a marcha e com a pressão. Os symptomas e signaes physicos inculcam uma inflammação de annexos.

Em 30 de junho, laparotomia pelo ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Azevedo Maia. Em virtude de adherencias das ansas intestinaes a toda a região hypogastrica, foi offendido o intestino, dando-se a sahida de uma pequenissima quantidade de fezes; este accidente, sem em cousa alguma conseguir alterar o reconhecido sangue frio do operador, foi reparado ou dominado pela sutura do intestino



offendido. Verificada a impossibilidade de se continuar a intervenção cirurgica, em vista das multiplas adherencias existentes, tornou-se a fechar o abdomen. A cicatrização da ferida abdominal foi perfeita, e operada por primeira intenção. O operador tem ultimamente pensado na intervenção pela via vaginal.

#### OBSERVAÇÃO VI

F., 24 annos, solteira. Fortes colicas pelvicas e varias peritonites antigas no decurso de 3 mezes; cystite, tenesmo rectal, etc. Diagnostico: salpyngite dupla.

Em 7 de julho de 1889, laparotomia e ablação dos annexos pelo ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Azevedo Maia. Curativo para cicatrização por primeira intenção.

O exame anatomo-pathologico mostra as lesões proprias de hydro-salpyngite direita e ovarite do mesmo lado com adherencias multiplas, e as de salpyngite catarhal esquerda.

Esta ultima doente, e bem assim uma outra que muito anteriormente soffrera a salpyngo-oophorectomia com excellente resultado, pertencia á clinica civil do illustre Professor, o ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Azevedo Maia, que, com tão grande actividade e notavel successo, se tem dedicado á prática gynecologica.

---

# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.**—As divisões do protoplasma cellular são, em geral, precedidas de alterações structuraes do nucleo.

**Physiologia.**—A divisão physiologica em musculos voluntarios e involuntarios não tem rasão de ser.

**Anatomia pathologica.**—As cellulas gigantes resultam da caseificação parcial do protoplasma no momento da sua proliferação.

**Therapeutica.**—A descoberta de Koch não constituiu progresso algum na therapeutica da tuberculose.

**Pathologia geral.**—Os estados morbidos relacionados com os phenomenos menstruaes cessam, em regra, com a menopausa.

**Operações.**—Nos casos em que estão indifferentemente indicados, é preferivel o anus iliaco ao anus lombar.

**Pathologia externa.**—Grande numero de collecções purulentas, attribuidas outr'ora a pelvi-cellulite, reconhecem hoje uma origem tubo-ovarica.

**Pathologia interna.**—O unico meio seguro de reconhecer o cancro do estomago é a ausencia de acido chlorhydrico.

**Partos.**—A placenta póde considerar-se como um filtro perfeito.

**Hygiene.**—Em these, a cremação é o melhor meio de destruição cadaverica.

---

APPROVADA,

PÓDE IMPRIMIR-SE.

O director,

*Dr. Souto.*

*Visconde de Oliveira.*